

Année 1929

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Lucien, Edouard, Roger LALBIE

Né le 27 mai 1897, à St-Sylvestre (Lot-et-Garonne).

LE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE LA

TUBERCULOSE SCLÉREUSE

ET L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

Président : M. Émile SERGENT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

415

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

413

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Lucien, Edouard, Roger LALBIE

Né le 27 mai 1897, à St-Sylvestre (Lot-et-Garonne).

LE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE LA

TUBERCULOSE SCLÉREUSE

ET L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

Président : M. Émile SERGENT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARE
Thérapeutique.	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale.	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique et maladie des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique, propédeutique	SERGEANT
Professeur sans chaire	BRANCA

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiat.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Path. chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ . . .	Path. chirurgicale.
BRULE . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Path. chirurgicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	Pathologie médicale.
DEBRE . . .	Hygiène.
DOGNON . . .	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expériment.
GATELLIER . . .	Path. chirurgicale.
GIROUD . . .	Histologie.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.

MM.

HUTINEL . . .	Pathologie médicale.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . .	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN . . .	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (FERNAND)	Pharmacologie.
METZGER . . .	Obstétrique.
MONDOR . . .	Path. chirurgicale.
MOURE . . .	Path. chirurgicale.
MULON . . .	Histologie.
OBERLING . . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER . . .	Anatomie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
QUENU . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . . .	Physiologie.
SEZARY . . .	Dermatol. et syphilig.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur) . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophthalmologie.
VERNE . . .	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . .	Pharmacologie.
GUENIOT . . .	Obstétrique.
LEQUEUX . . .	Obstétrique.

M.

NEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
RETTERRER . . .	Histologie.
ZIMMERN . . .	Physique.

IV. — ABRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . . .	Clinique médicale.
LE LORIER. . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST.	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON GRAND-PÈRE LE DOCTEUR PAGANEL

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE SERGENT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GENEVRIER
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESCOMPS
ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

*Toute ma gratitude pour les
bons conseils qu'ils m'ont si
largement prodigués.*

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR BERGÉ

MÉDECIN DE L'HOPITAL BROUSSAIS

Hommage de ma profonde reconnaissance :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

INDÉFINI

AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. MERCIER

AGRÉGÉ DE PHARMACOLOGIE

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

PRÉFACE

Dans une communication faite à l'Académie de Médecine le 11 mai 1920 et publiée in extenso dans le Bulletin médical le 22 mai 1920, M. le professeur Emile Sergent disait : « Parmi les milliers de sujets qui ont été soumis à mon examen comme suspects de tuberculose durant les années de guerre et parmi ceux que je vois encore, à titre de réformés demandant une pension, j'ai observé un très grand nombre d'hommes chez lesquels le diagnostic de tuberculose avait été porté sur la constatation de certains signes physiques, qui ont trop souvent, pour beaucoup de médecins, une valeur quasi-pathognomonique, alors qu'un examen méthodique et complet permet de les rattacher à une autre cause. »

Nous allons envisager dans notre thèse, un cas particulier de ces « fausses tuberculoses ».

Nous sommes profondément reconnaissant à M. le Dr Genevrier, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, d'avoir bien voulu nous inspirer un sujet qui va nous permettre dans la mesure de nos modestes moyens de montrer toute l'importance que nous avons attachée à la communication de M. le professeur Emile Sergent.

Nous remercions bien vivement M. le Dr Genevrier pour sa bienveillance, pour ses bons conseils et son indulgence à notre égard.

Nous adressons à M. le Dr Descomps, qui a bien voulu être notre guide, sûr et dévoué, l'assurance de tous nos affectueux sentiments.

Nous prions M. le professeur Emile Sergent de vouloir bien agréer l'expression de notre bien vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter de présider notre thèse.

Nous lui offrons l'hommage de notre profond respect.

INTRODUCTION

Nous soutiendrons dans cette thèse que l'anévrysme de l'aorte, tumeur du médiastin, peut dans certains cas ne se manifester que par des signes d'emprunt qui lui donnent le masque de la tuberculose pulmonaire.

Parmi les pensionnés, les réformés de guerre pour tuberculose, comme parmi les malades de sanatoria se rencontrent souvent des sujets dont la tuberculose a été l'objet d'un diagnostic trop hâtif. Parmi ces erreurs de diagnostic nous avons relevé trois cas qui nous ont paru mériter d'être signalés.

Il y a là un fait d'intérêt social dont l'importance ne peut échapper.

La découverte précoce d'un anévrysme de l'aorte permettra d'instituer de bonne heure un traitement spécifique, qui arrêtera l'évolution de la maladie et qui apportera sinon la guérison du moins une amélioration notable.

Plus l'anévrysme est ancien, plus il se manifeste par des signes nets, qui prêtent de moins en moins à confusion. Mais il est souvent trop tard, pour que le malade puisse grandement profiter du traitement anti-

syphilitique. La radiologie qui a permis déjà de réduire considérablement le nombre des anévrysmes méconnus, montre :

1° que de nombreux anévrysmes passent encore inaperçus à l'examen clinique.

2° que cette tumeur du médiastin peut donner lieu, lorsqu'elle ne se manifeste que par des signes d'emprunt, à des erreurs de diagnostic relativement fréquentes.

Il ne saurait être question dans notre thèse des anévrysmes apparents, qui imposent d'eux-mêmes le diagnostic.

Il ne s'agira pas davantage de ceux qui, grâce aux symptômes nets qu'ils déterminent, peuvent être mis en évidence par un bon examen clinique.

Nous ne traiterons pas non plus la question des anévrysmes latents en général.

D'autre part, les rapports de l'anévrysme de l'aorte et de la tuberculose sont plus vastes que la question dont nous allons nous occuper.

L'anévrysme de l'aorte peut favoriser le développement de la tuberculose pulmonaire.

La tuberculose pulmonaire peut coexister avec l'anévrysme et le compliquer. D'autre part, elle peut donner des signes d'anévrysme de l'aorte (médiastinite tuberculeuse).

Laissant de côté ces questions, nous ne traiterons que le cas où la difficulté de diagnostic peut se poser entre la tuberculose pulmonaire et l'anévrysme de l'aorte.

C'est une notion connue mais dont les classiques ne se sont pas occupés.

Elle a été exposée par le professeur H. Roger dans le tome XXIV du nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert.

Dans une thèse de Vallois, en 1884 (thèse de Paris) sur « Les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante », on peut lire « Les hémoptysies accompagnées d'un affaiblissement de la respiration ou d'un souffle bronchique, quelquefois d'altérations de la voix, d'émaciation, ont simulé la tuberculose pulmonaire ».

Nous rapportons l'observation suivante recueillie dans la thèse de Vallois

Homme, 51 ans.

Emaciation, altération de la voix simulant une phtisie laryngée; dysphagie, pas de dyspnée, respiration bronchique aux deux sommets de la poitrine.

Anévrysme du volume d'un œuf développé à la partie postérieure et inférieure de la crosse. Erosion des vertèbres. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage comprimant la trachée et les récurrents.

Le résultat des recherches que nous avons pu faire semble démontrer que les observations relatives au sujet qui nous occupe sont assez rares. Nous n'avons dans nos recherches, exception faite de l'observation rapportée dans la thèse de Vallois, trouvé aucune observation concernant notre sujet.

Voici trois observations dues à MM. les Docteurs Genevrier et Descomps. Les deux premières ont été publiées dans la *Presse Médicale* du 6 avril 1927 et complétées par nos soins.

La troisième observation est inédite et due à M. le Docteur Descomps.

Il s'agit de malades, qui, porteurs d'anévrysmes trompeurs, ont été pendant de longues années considérés comme suspects de tuberculose et soignés comme tels.

OBSERVATIONS

Observation I.

Mme C..., 35 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, un frère et une sœur morts tuberculeux, une sœur a des abcès froids; quatre frères et sœurs bien portants.

Mari tousseur, emphysémateux.

Antécédents personnels. — Un enfant bien portant; pas de fausses-couches.

A eu une congestion du rein et elle conserve une légère albuminurie.

En 1918, grippe avec congestion pulmonaire. Petite hémoptysie. Tousse depuis cette époque.

En 1919, souffre de vertiges, touse et crache le matin, filets de sang dans les crachats.

En 1925, crache à nouveau quelques filets de sang. Dyspnée à la montée des escaliers. Pas de dyspnée de décubitus. Pas de palpitations ni de douleurs à type angineux. Gêne légère et passagère à la déglutition. Toux fréquente.

La malade se fait examiner dans un dispensaire. On fait le diagnostic de tuberculose, mais les examens de crachats restent négatifs. L'enfant âgé de cinq ans est envoyé chez les grands-parents; puis la malade est placée dans un sanatorium où elle reste six mois.

Elle se déclare très améliorée par cette cure.

Le 22 mai 1926, la malade se présente au dispensaire anti-tuberculeux de l'Hôpital St-Joseph.

L'état général est satisfaisant.

L'examen des poumons donne les signes suivants :

Percussion : matité sous la clavicule droite.

Auscultation : à droite en avant, respiration rude, presque soufflante. En arrière, respiration très affaiblie. A gauche, en avant, respiration rude; en arrière, pectoriloquie aphone et égophonie dans l'espace interscapulaire, surtout en arrière.

EXAMEN DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Examen du cœur : inspection : rien.

Palpation : Pas de double foyer. Pointe abaissée dans le 6^e espace. Battements très nets du creux sus-sternal. Saillie de la sous-clavière droite.

Percussion : La matité cardiaque est notablement augmentée dans le sens transversal. Elle déborde de trois travers de doigts le bord droit du sternum, au-dessous de la clavicule.

Auscultation : Clangor du 2^e bruit au niveau du sternum. Souffle diastolique au foyer aortique et propagation peu étendue vers la pointe.

Pouls : Retard des deux pouls qui restent synchrones sur les bruits cardiaques, mais le pouls droit est un peu plus fort que le gauche.

Tension artérielle : Bras droit, 12,5-7, oscillation 2,5. Bras gauche, 11-7, oscillation 3.

Examen radioscopique. — La radioscopie montre l'intégrité absolue du parenchyme pulmonaire dans les deux héli-thorax.

L'ectasie aortique développée à droite aux dépens de la portion ascendante de la crosse apparaît au contraire d'une

façon manifeste. C'est une énorme masse arrondie coiffant le cœur et s'étendant à droite du sternum, débordant en haut la clavicule; elle est animée d'expansion. Elle occupe en largeur la moitié du champ pulmonaire et présente une surface presque égale à l'aire de projection du cœur. Le contour de celui-ci semble normal.

L'ensemble de la projection cardio-vasculaire a l'aspect classique du « sablier ».

L'examen dans les divers plans oblique et transverse montre que cette masse se développe considérablement en arrière.

Elle tire son origine de la partie droite et postérieure de l'aorte ascendante.

La réaction de Wassermann s'est montrée fortement positive.

Observation II.

M. Georges R..., comptable, 47 ans, se présente à la consultation du dispensaire Saint-Joseph, parce qu'il tousse et crache depuis longtemps; des filets de sang strient ses crachats. Il se plaint de dyspnée d'effort.

Au cours de la guerre, en 1916, il a été hospitalisé pour « bronchite suspecte », il a été gazé en 1917, puis après une longue hospitalisation dans différents hôpitaux militaires il a été réformé pour « tuberculose scléreuse » des poumons; à cette époque, des examens répétés des crachats ne permirent pas de trouver de bacilles de Koch.

En mars 1923, la réforme fut maintenue, avec 30 % d'invalidité et avec le diagnostic suivant : « Sclérose des deux sommets caractérisée par de la submatité, de la diminution marquée du murmure vésiculaire allant jusqu'à l'obscurité à droite, en arrière. Dyspnée d'effort. Toux

intermittente. Expectoration peu abondante, non bacillifère. A eu quelques crachements de sang. »

En avril 1926, le malade subit une castration droite pour « orchi-épididymite avec hydrocèle » considérée comme tuberculeuse. On trouve à l'intervention une vaginale épaissie, des lésions diffuses d'orchi-épididymite avec envahissement du testicule à la coupe.

La pièce ayant été perdue, l'examen histologique n'a malheureusement pas pu être pratiqué; mais le chirurgien a noté que le testicule enlevé présentait un caractère de dureté anormale pour un testicule tuberculeux; il n'en a pas moins délivré au malade un certificat qui concluait à l'augmentation du taux de la réforme, en raison de cette nouvelle localisation de la tuberculose et de la mutilation consécutive.

C'est à la fin du mois de mai suivant que nous voyons le malade qui nous présente, bien entendu, tout d'abord ses papiers militaires; il considérait sa pension comme très insuffisante, et avait l'espoir d'obtenir de nous quelque certificat constatant une aggravation de son état.

Nous résumerons nos constatations cliniques : dyspnée assez accentuée, voix voilée, sujet maigre et anémié. L'examen du thorax révèle : de la submatité du sommet gauche, surtout nette en avant où elle descend jusqu'au 3^e espace intercostal. Elle se confond à droite avec la matité du cœur et celle de l'aorte qui déborde de deux travers de doigts le bord droit du sternum.

La percussion est douloureuse au sommet gauche.

A l'auscultation des poumons on constate :

A gauche : une diminution du murmure vésiculaire au sommet en avant et en arrière, avec une bouffée de râles fins sous la clavicule. A droite, il existe en arrière un véritable souffle rude, à tonalité basse au niveau de la fosse sus-

épineuse avec quelques râles fins surtout nets à la toux.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire fait constater outre l'élargissement notable de la matité aortique, un souffle diastolique, doux, d'insuffisance aortique qui se propage de la base jusqu'à l'appendice xyphoïde. Le pouls est régulier.

Le reste de l'examen clinique est négatif.

Les réflexes tant oculaires que tendineux sont normaux.

On trouve des traces d'albumine dans les urines.

C'est l'examen radiologique qui, seul, a pu permettre d'éclairer le diagnostic. A droite : la transparence pulmonaire est normale sur toute la hauteur du thorax, le diaphragme est bien mobile, mais de profil irrégulier. A gauche, une grosse aérophagie soulève le diaphragme à trois travers de doigt au-dessus du diaphragme gauche. L'ombre cardio-vasculaire est très déformée. La crosse aortique est énorme dans tous les sens. Elle est régulièrement arrondie à droite et en haut où elle atteint la clavicule gauche, au niveau de laquelle elle ne présente pas de battements.

On observe à gauche une masse volumineuse régulièrement arrondie, animée de légers battements et d'expansion, et qui peut être interprétée comme un anévrysme déve-
loppé en arrière et à gauche.

Cet examen radioscopique nous a fait rechercher l'existence de signes cliniques d'anévrysme qui aurait pu échapper à un premier examen centré sur l'appareil pulmonaire.

On ne trouve aucun foyer anormal de battements ou de thrill. Pas de battements de la crosse dans le creux sus-sternal, mais un peu de sur-élévation de la sous-clavière droite.

Les deux pouls radiaux sont inégaux, le droit est plus fort que le gauche. La tension artérielle prise au Pachon symétrique aux deux poignets donne :

à droite : 16, 7,5 indice 5; à gauche : 14, 7,5 indice 5.
Les signes de cet énorme anévrysme sont donc relativement discrets.

On hospitalise le malade.

La réaction de Wassermann est fortement positive.

L'examen du larynx montre une paralysie récurrentielle de la corde gauche sans aucune lésion des muqueuses.

L'examen des crachats, pratiqué quotidiennement se montre toujours négatif. On ne peut déceler que quelques globules de pus, des cellules pharyngiennes, pas de bacilles de Kock.

Le malade devient de plus en plus dyspnéique. Il souffre même parfois de véritables crises d'étouffements. Sa température est à 38-39° pendant six jours. On trouve des râles plus nombreux aux deux sommets, mais toujours pas de bacilles de Kock. On profite du séjour du malade à l'hôpital pour commencer un traitement mercuriel et bismuthique d'ailleurs très bien toléré.

Au vingtième jour de son hospitalisation (le 13 juin), alors qu'il se trouvait moins dyspnéique et plus résistant, le malade monte sur une chaise et élève les bras pour remonter une pendule. Il pousse un cri d'angoisse, s'affaisse et meurt en quelques secondes avec un peu de mousse sanglante aux lèvres.

A l'autopsie : De l'écume sanguinolente et mousseuse sort encore de la bouche.

Les deux sommets sont un peu adhérents à la plèvre pariétale. Les deux poumons sont turgescents, rouge foncé, crépitants, surtout à la base.

Un liquide sanglant, finement aéré, abondant, ruisselle des coupes. Un fragment du poumon flotte entre deux eaux.

La partie supérieure du lobe supérieur gauche est atelectasié.

Pas de lésions tuberculeuses des poumons.

Le cœur est dilaté dans son ensemble, particulièrement le ventricule gauche dont la paroi est un peu augmentée d'épaisseur.

L'aorte considérablement augmentée de largeur mesure 4 cm. 5. Elle présente dans sa portion initiale un aspect irrégulier, comme boursoufflé.

Une énorme tumeur, grosse comme le poing, déforme la partie antérieure de la portion horizontale de la crosse. La gangue fibreuse de cet anévrysme englobe l'origine des branches de la crosse. Elle adhère fortement à la clavicule, à la première côte, à la trachée et à la bronche gauche.

En écartant les deux lobes du poumon gauche, on aperçoit une deuxième poche un peu moins volumineuse, moins dure, qui s'insinue entre les deux lobes, comprimant le lobe supérieur auquel elle adhère fortement.

Deux petites poches, grosses comme des noix, se retrouvent encore : l'une sur la portion ascendante, l'autre sur la portion descendante.

On extirpe la pièce et on la dissèque. Le tronc brachio-céphalique artériel s'isole assez facilement. La carotide primitive et la sous-clavière gauche au contraire se retrouvent difficilement dans la gangue de l'anévrysme supérieur.

La sous-clavière naît à la limite des deux sacs principaux. Elle est refoulée en arrière et adhérente jusqu'à ses premières branches; ce qui explique la netteté de la différence des deux pouls et des indices oscillométriques.

La réflexion du péricarde se fait sur la poche elle-même.

La poche supérieure fait absolument corps avec la bifurcation trachéale et la bronche gauche.

L'artère pulmonaire et le ligament artériel sont normaux.

Le récurrent gauche est englobé dans la masse fibreuse (paralysie récurrentielle). L'œsophage est refoulé à droite.

On ouvre le ventricule gauche et on fend la crosse sur toute sa longueur.

L'orifice aortique, quoique dilaté, ne présente pas de lésions d'artérite. Les valvules sont souples.

Les quatre poches sont bourrées de caillots, mais ceux-ci, parfaitement organisés dans la volumineuse poche supérieure, sont rouges et peu adhérents dans la seconde poche; ils se mobilisent facilement dans les deux petites poches qu'ils obstruent complètement en bouchon.

Il existe de nombreuses petites dilatations, véritables ébauches de sacs.

Rien sur l'aorte descendante abdominale.

Foie, rate, appareil digestif normaux. Rein d'aspect normal.

Observation III

M. M..., âgé de 70 ans.

Antécédents personnels. — Anémié étant enfant. Crises épileptiformes datant de l'enfance qui se sont reproduites jusqu'à 30 ans et qui ont disparu sans traitement. Depuis l'âge de 20 ans, on peut noter une dyspnée d'effort peu prononcée, sans crises paroxystiques.

Hernie inguinale gauche opérée.

En 1916, à la suite d'un accident (traumatisme du rachis). sciatique droite.

Histoire de la maladie. — En 1918, à l'âge de 49 ans, bronchite trainante avec expectoration assez abondante, striée parfois de filets de sang.

Des poussées successives de bronchite se répètent dans les années qui suivent.

Le malade est considéré comme suspect de tuberculose. On parle de pleurite droite et on l'envoie à Cannes. A la suite de ce séjour, on note une amélioration.

C'est pourtant de cette époque que date une laryngite, assez peu intense d'ailleurs, mais qui persiste encore.

En avril 1922, le malade tousse et crache davantage. Il commence à souffrir de crises de dyspnée.

Un examen radioscopique est pratiqué :

On note d'une part un défaut de transparence de l'ensemble des poumons marqué surtout au niveau des sommets et dans le territoire de la scissure supérieure droite. Ombre ganglionnaire importante, floue, qui semble noyée dans une ombre partant du médiastin postérieur.

Traînée périvasculaire descendant du hile droit vers le diaphragme.

En oblique l'espace rétro-cardiaque est opaque sur toute sa hauteur, sauf à sa partie tout inférieure.

Sinus costo-diaphragmatique légèrement voilé.

A cette époque, un examen de crachats montre l'absence de bacilles de Koch.

Depuis, le malade a présenté, tous les hivers, de nouvelles bronchites traînantes considérées comme des manifestations de tuberculose fibreuse, ancienne, non évolutive.

C'est le 12 février 1929 que nous avons été amené à voir le malade après une poussée particulièrement forte de bronchite qui avait duré tout l'hiver. Ce malade avait ressenti quelques heures avant de venir nous consulter des palpitations et des douleurs rétro-sternales accompagnées de sensation d'angoisse, mais assez mal localisées, sans irradiations. La crise avait duré une heure. La cessation des douleurs s'était accompagnée d'émissions d'urines abondantes et claires.

Nous apprenons qu'une crise semblable avait eu lieu le 1^{er} février 1929.

Examen du malade. — Nous sommes frappés de l'existence d'une circulation collatérale thoracique supérieure développée surtout à gauche.

Les veines du cou et du creux sus-claviculaire sont turgescences.

L'examen du cœur, de l'appareil cardio-vasculaire révèle un élargissement de la matité préaortique qui dépasse de 2 cm. le bord droit du sternum.

A l'auscultation : Bruit de galop gauche, souffle systolique de la base, clangor aortique prolongée par un souffle diastolique très léger. Pas de foyer anormal de battements. Les artères (radiale, temporale...) sont flexueuses et dures.

Poumons. — L'auscultation pulmonaire fait entendre une respiration emphysémateuse avec quelques ronchus disséminés. Le murmure vésiculaire est diminué dans l'ensemble du poumon droit et particulièrement à la base où on note quelques frottements.

Examen des réflexes. — Tous les réflexes sont normaux, sauf le réflexe rotulien gauche qui est très diminué.

Les autres appareils sont normaux.

En présence de ce malade qui présentait en dehors des signes pulmonaires des douleurs rétrosternales, une circulation collatérale thoracique, une laryngite persistante, des signes physiques d'aortite avec élargissement de la matité aortique, nous avons pensé qu'il pouvait s'agir d'une ectasie aortique.

Un examen plus approfondi a mis cette affection en évidence.

RADIO

Examen radioscopique. — De face, le pédicule vasculaire est notablement augmenté de largeur.

L'aorte est très opaque, sa portion descendante empiète très largement à gauche sur le champ pulmonaire et est animée de battements violents.

Le bord droit monte presque rectiligne, mais il est un peu convexe en dehors, à sa partie supérieure,

Le cœur n'est pas sensiblement déformé dans son ensemble. Cependant le point G. est élevé et le ventricule gauche est notablement hypertrophié.

En oblique antérieure droite, on met en évidence l'existence d'une dilatation fusiforme, animée de battements violents dans la portion transversale.

Le calibre de l'aorte ascendante est un peu augmenté de volume 3,4.

Les contours sont flous et masqués par une médiastinite, surtout à droite.

Le médiastin postérieur est assombri du haut en bas.

Poumons. — Le sommet droit est un peu gris, s'éclairant mal à la toux; les ombres hilaires droites sont très marquées, débordant largement dans le champ pulmonaire; des traînées sombres en descendent vers la base, assombrissant la partie inférieure du poumon, mais sans voile homogène ni pommelure.

Le diaphragme est de fonctionnement normal. Les sinus s'ouvrent bien.

Un examen laryngoscopique a montré une paralysie du récurrent gauche.

Tension artérielle :

Bras gauche	22-12,	indice 3
Bras droit	23-12,	— 3
Jambe gauche	28-12,	— 4
Jambe droite	25-12,	— 2

Le 20 février une réaction de Bordet-Wassermann et une réaction de Hecht donnent des résultats négatifs.

Dosage d'urée : 0 gr. 38.

Traces d'albumine dans les urines.

Nous nous trouvons en présence d'un malade complexe chez lequel existaient certainement des lésions de sclérose

pulmonaire dont la nature n'est pas parfaitement élucidée; mais chez lequel se rencontrait également un anévrysme de la portion transversale de l'aorte.

Bien que la nature syphilitique de l'affection n'ait pas été prouvée, le malade a été soumis au traitement spécifique (cyanure).

Quelques temps après une série de cyanure, le malade fut pris brusquement de douleurs abdominales avec vomissements, arrêt des matières et des gaz.

L'examen pratiqué au bout de quelques heures montre un certain météorisme abdominal. Rien d'anormal du côté de la hernie inguinale gauche anciennement opérée.

Il existe à droite une autre hernie symétrique qui n'est pas étranglée. On trouve par l'examen un point douloureux situé à gauche de l'ombilic.

Vers la 12^e heure, les vomissements cessent. Au bout de 24 heures, émission de gaz puis de sang rouge mêlé à un peu de mucus.

On constate que la tension artérielle a atteint :

Membre inférieur droit 32-11

Membre inférieur gauche 31-11

alors qu'elle n'était que de 20-11 aux membres supérieurs.

On pense à une thrombose d'une branche mésentérique et le diagnostic est confirmé par M. le docteur Laubry.

Le malade, d'abord très abattu, s'est remis peu à peu. Il se trouve actuellement très amélioré après une reprise du traitement spécifique (bismuth-iode).

Les douleurs rétro-sternales, la dyspnée ont disparu. Les signes d'auscultation pulmonaires ont beaucoup diminué.

A la radioscopie : la médiastinite a considérablement diminué.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Dans les deux premières observations rapportées par MM. les Docteurs Genevrier et Descomps, nous sommes en présence de deux syndromes très nets.

1° Un syndrome pulmonaire;

2° Un syndrome cardio-vasculaire.

C'est le syndrome pulmonaire qui domine la scène. Il est complet et peut vraiment en imposer pour une tuberculose pulmonaire.

Le syndrome cardio-vasculaire ne frappe pas à l'examen superficiel. Il permettait cependant à l'époque où les malades ont été vus, de poser même cliniquement le diagnostic d'anévrysme.

La radioscopie a montré :

1° qu'il n'existait pas de lésions pulmonaires;

2° qu'il existait un anévrysme de l'aorte.

Dans la troisième observation (inédite) les faits sont plus complexes. Après un long passé pulmonaire qui a fait considérer le malade comme tuberculeux, on trouve encore à l'auscultation et à la radio des signes

de lésion pulmonaire. Mais ceux-ci semblent devoir être rapportés essentiellement à une sclérose non tuberculeuse, sans doute favorisée par le développement de l'anévrysme et de la médiastinite, voire même par le terrain syphilitique.

ETUDE CLINIQUE

Chez les malades qui nous intéressent, les signes cliniques peuvent se grouper pour constituer : 1° un syndrome pulmonaire; 2° un syndrome cardio-vasculaire.

Nous insisterons surtout sur le syndrome pulmonaire, car le syndrome cardio-vasculaire qui est commun à tous les anévrysmes ne domine pas la scène dans ces cas particuliers.

A) Syndrome pulmonaire

1° **Signes fonctionnels** : *la dyspnée*. — C'est une dyspnée d'effort, parfois dyspnée paroxystique à différencier de l'asthme vrai (polypnée au lieu de bradypnée), ou une dyspnée plus marquée au moment des poussées bronchitiques comme chez les emphysémateux que sont souvent ces malades. Plus tard, elle peut revêtir l'aspect particulier de l'angine de décubitus, accompagnée d'expectoration mousseuse, rosée, due à des poussées d'œdème subaigu.

La toux. — C'est une toux quinteuse, coqueluchoïde, ou bien une toux banale, sèche, accompagnée d'expectoration.

L'expectoration : Elle est souvent muco-purulente, comme celle que l'on rencontre surtout au cours de poussées bronchitiques ou congestives.

Elle peut être également mousseuse, rosée, celle des poussées œdémateuses.

L'examen microscopique peut montrer des microbes divers, pneumocoques en particulier. Il n'y aura pas de bacilles de Koch. Mais, avant de conclure à l'absence de bacilles de Koch, il faut multiplier les examens, pratiquer l'homogénéisation et faire s'il le faut l'inoculation au cobaye.

Les hémoptysies : Si nous n'envisageons pas les hémoptysies foudroyantes par rupture de l'anévrisme, ce ne sont pas des hémoptysies franches caractérisées par un sang rouge, pur et abondant.

Elles consistent en des crachats sanglants ou surtout striés de sang, ou bien encore elles ne se manifestent que par une expectoration rosée et mousseuse comparable à celle de l'œdème aigu du poumon.

Les douleurs thoraciques : Elles offrent différents types : ce sont des points de côté, des douleurs dans le dos pouvant rappeler tout à fait le point de côté des tuberculeux par leur intensité et par leur fixité.

Nous rapprocherons de ces signes fonctionnels respiratoires les troubles de la voix par altération du récurrent, qui peuvent contribuer encore à orienter le diagnostic vers la tuberculose.

2° Signes physiques. — A la percussion : on trouve une submatité ou une matité franche avec sensation de résistance au doigt. Une percussion très minutieuse a pu montrer de la matité à la partie interne du poumon et peu ou pas de matité à la partie externe. A la palpation : il peut y avoir augmentation des vibrations.

A l'auscultation : On peut rencontrer des modifications de la respiration très variables : tantôt c'est une respiration rude, à timbre soufflant, pouvant aller jusqu'au souffle intense, tubaire, rappelant les déviations trachéales par rétraction tuberculeuse; tantôt c'est une diminution ou même une abolition du murmure vésiculaire, avec pectoriloquie aphone, égophonie, bruits surajoutés, râles bulleux secs ou humides plus ou moins fins, qui peuvent ressembler à des gargouillements (surtout lorsqu'il existe un souffle de compression trachéale) et faire penser à une caverne.

Ces différents signes sont généralement groupés au sommet.

Dans le reste des poumons on note fréquemment des râles de bronchite, des frottements, parfois des râles fins à type œdémateux.

3° Signes généraux. — Il s'agit de malades amaigris, pâles, asthéniques, qui font des poussées de température, et dont la maladie évolue par petites poussées congestives avec recrudescence des signes physiques et fonctionnels.

Tous ces signes ne semblent pas avoir une origine commune. Les uns peuvent être rapportés directement à la présence de l'anévrysme lui-même; comme la matité franche avec résistance au doigt, le silence respiratoire... d'autres comme le souffle tubaire, la respiration soufflante, l'égophonie, la pectoriloquie aphone, les râles bulleux en foyer, paraissent résulter de la compression exercée sur la bifurcation trachéale ou sur le parenchyme pulmonaire, plus ou moins atelectasié, par la tumeur du médiastin ou par la médiastinite (paralysie récurrentielle).

Il est d'ailleurs très difficile de juger la part qui revient à la tumeur elle-même ou à la médiastinite.

Il semble que c'est sur le compte de cette dernière qu'il faut mettre les poussées congestives, les hémoptysies par compression des artères pulmonaires, avec infections surajoutées qui sont si fréquentes chez ces malades.

A la faveur des poussées congestives répétées une sclérose pulmonaire pourra s'installer. Elle donnera alors ses propres signes et étendra ses signes d'auscultation en dehors de la zone d'action directe de l'anévrysme.

B) Syndrome cardio-vasculaire

Nous n'insisterons pas sur ce syndrome. Nous rappellerons simplement les signes qui lui appartiennent et qui, chez nos malades, ont orienté le diagnostic.

A l'inspection : on trouve une circulation collatérale thoracique supérieure.

A la percussion : on note un élargissement de la matité préaortique.

L'examen du cœur fait constater un abaissement de la pointe.

A l'auscultation du cœur on entend :

Un bruit de galop gauche, un souffle systolique de la base, un clangor aortique prolongé par un souffle diastolique très léger, un souffle diastolique doux d'insuffisance aortique.

Les pouls sont inégaux.

Les artères sont flexueuses et dures.

Il y a une hypertension artérielle des membres supérieurs et inférieurs.

(C'est une hypertension formidable des membres inférieurs qui a permis de poser le diagnostic de thrombose d'une branche mésentérique dans le cas du troisième malade.)

On trouve l'abolition d'un réflexe rotulien.

([Nous noterons en passant l'importance de l'état des réflexes (syndrome de Babinski-Vaquez)].

La recherche de la réaction de Bordet-Wassermann.

Le dosage d'urée.

La présence ou non d'albumine dans les urines.

Enfin les examens répétés de crachats complètent les recherches.

TABEAU D'ENSEMBLE

Les malades que nous venons d'examiner présentent donc des signes qui sont généralement intriqués.

Ce sont les signes aortiques qui sont les moins nets. L'attention du médecin est en quelque sorte centrée sur l'appareil pulmonaire.

Plus on laissera évoluer la maladie, plus les signes aortiques deviendront nets, et laisseront de moins en moins place à l'erreur. Mais alors, il sera bien tard pour instituer le traitement spécifique, qui, imposé au début de la maladie, aurait apporté au malade du soulagement, une amélioration notable de son état, peut-être même la guérison ou, tout au moins, un arrêt de l'évolution de la maladie.

Notons donc l'importance de faire un diagnostic précoce. Pour cela, il faut, sur la constatation de petits signes cliniques, assez discrets, masqués par des symptômes plus bruyants, orienter un examen systématique et méthodique vers la recherche de l'existence d'un anévrisme de l'aorte.

ÉVOLUTION

La maladie peut évoluer d'une façon variable.

Les troubles pulmonaires pourront conduire progressivement à l'installation d'une sclérose par poussées congestives qui pourront faire fléchir le cœur, à la dilatation des bronches, à l'éclosion d'une tuberculose.

Par le fait même de l'anévrysme, la dyspnée pourra devenir de plus en plus pénible. Elle sera accompagnée d'hémoptysies répétées qui anémieront le sujet. Les malades éprouveront des poussées de dyspnée paroxystiques, des crises d'angor parfois mortelles, des poussées d'œdème aigu du poumon. Ils feront de l'insuffisance ventriculaire gauche, des thromboses (exemple la thrombose de la mésentérique chez notre troisième malade).

La mort pourra survenir soit par rupture de l'anévrysme, soit par une défaillance cardiaque.

Le pronostic de l'anévrysme de l'aorte est toujours grave, mais il est subordonné à la précocité du diagnostic.

En effet, le traitement spécifique institué de bonne heure peut arrêter l'évolution de la maladie, en prévenir les complications, apporter une amélioration notable.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic peut se faire :

1° Si le médecin ne se laisse pas impressionner par l'histoire même de la maladie, car les bronchites répétées considérées comme « suspectes, accompagnées de gêne respiratoire, de toux, de crachements de sang plus ou moins abondants, l'orientent tout naturellement vers l'existence d'une affection pulmonaire

2° Si la prédominance du syndrome pulmonaire chez ces malades (dyspnée, douleur thoracique, matité, respiration rude, soufflante; ou au contraire diminution du murmure vésiculaire, pectoriloquie aphone, égophonie, bruits surajoutés, râles bulbeux secs ou humides, qui peuvent ressembler à des gargouillements), coïncidant avec l'état général du sujet (anémie, asthénique, amaigri, émacié) ne l'incite pas à limiter le champ de ses investigations.

En poursuivant son examen, le médecin trouvera d'autres signes cliniques tels que : une circulation collatérale thoracique, l'élargissement de la matité préaortique, l'abaissement de la pointe du cœur, l'existence d'un double souffle léger aortique, l'inégalité des pouls, l'hypertension artérielle.

Ce nouveau syndrome cardio-vasculaire le fera penser à la possibilité de l'existence d'un anévrisme de l'aorte, dont le syndrome pulmonaire ne serait que la conséquence directe ou indirecte.

Il complètera son examen, orienté cette fois vers l'anévrisme de l'aorte.

1° Chez des gens d'un certain âge;

2° Chez des hypertendus présentant de la dyspnée à l'effort ou de décubitus à caractères spéciaux, surtout lorsque cette dyspnée s'accompagnera de douleur rétro-sternale, avec petites crises d'angor frustes ou douleurs d'aortite.

3° Chez des malades présentant un syndrome pulmonaire ayant des rapports avec la tuberculose, en particulier avec la tuberculose fibreuse peu évolutive avec hémoptysies, telle qu'on la rencontre assez fréquemment chez les hypertendus.

Le diagnostic positif se fera sur la constatation de signes importants, tels que : des signes physiques d'aortite avec élargissement de la matité aortique; clangor du 2^e bruit, souffle diastolique au foyer aortique.

Mais il reposera surtout :

1° Sur l'état des réflexes,

2° Sur la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann qui se révélera positive.

3° Sur les examens répétés de crachats avec hémogénéisation pratiqués de préférence au moment des poussées pseudo-évolutives, qui resteront négatifs, avec au besoin une inoculation au cobaye,

4° Enfin et surtout sur les résultats que lui apportera la radiologie.

Radiologie

La Radioscopie est indispensable. « Elle constitue une méthode de choix, plus simple, plus rapide, plus clinique que la radiographie. Elle permet de se rendre compte de la physiologie pathologique du cœur et de l'anévrysme. » (H. Roger. *Nouveau traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert).

Dans certains cas, la prise d'un cliché radiographique permettra de fixer l'état actuel du malade et même dans certains cas difficiles d'étudier l'image de plus près.

La radiologie a diminué d'une façon considérable la proportion des anévrysmes méconnus.

Chez les malades qui nous intéressent la radioscopie portera :

1° sur les poumons; 2° sur le cœur et l'aorte.

L'examen des poumons ne révélera aucune trace de tuberculose; par contre, elle pourra mettre en évidence de la sclérose pulmonaire accompagnée ou non d'emphysème.

Un examen au lipiodol pourra montrer l'existence de la dilatation des bronches.

L'examen radioscopique du cœur et de l'aorte devra être fait d'une façon très minutieuse.

« L'exploration de l'aorte thoracique à l'aide de l'écran fluorescent, dit Béclère, doit comprendre pour être

complète quatre examens successifs dans les positions différentes du sujet : l'examen antérieur, postérieur, latéral gauche et surtout oblique antérieur droit (si bien étudié par Holzkeck) sans compter qu'il est très utile de faire tourner lentement le sujet sur lui-même, de manière à passer graduellement par tous ces examens successifs. »

Le professeur Emile Sergent nous dit : « Pour examiner à l'écran un médiastin, il est indispensable de placer le sujet en position oblique et de le faire tourner lentement sur lui-même, à un moment donné, on aperçoit derrière l'ombre du cœur, entre cette ombre et celle de la colonne vertébrale un espace clair longitudinal. A ce moment aucun organe, aucun tissu opaque interposé, n'intercepte dans le médiastin le passage des rayons et la clarté du poumon s'y inscrit sous la forme d'une bandelette allongée. Telles sont les conditions normales, mais lorsque cette région du médiastin est envahie par une tumeur, par des ganglions, par une gangue fibreuse, l'espace clair disparaît et est remplacé par une ombre qui se confond avec celle des régions voisines. »

La radioscopie pour les malades dont nous avons rapporté les observations sera donc le plus sûr moyen d'éclairer le diagnostic qui avait été simplement orienté vers l'anévrysme de l'aorte par la présence d'un syndrome cardio-vasculaire.

Souvent, en effet, elle mettra en évidence une ectasie aortique sacciforme ou fusiforme plus ou moins nette,

animée ou non de battements, d'expansion (ce dernier signe étant caractéristique de la tumeur anévrysmale).

Elle ne nous donnera cependant pas toujours, des renseignements aussi positifs.

Il y aura des cas, ou au premier examen le diagnostic de la nature de l'ectasie sera difficile; en particulier lorsqu'un sujet atteint d'anévrysme de l'aorte fait en même temps, comme cela se voit souvent, de la médiastinite syphilitique, il faudra alors répéter les examens radioscopiques, après avoir soumis le malade au traitement spécifique. Peu à peu la médiastinite s'atténuera sous l'influence du traitement et rendra possible la constatation de l'ectasie aortique.

Nous demanderons également à la radioscopie de nous préciser l'état du cœur. Pour cela nous aurons recours à l'orthodiagraphie qui nous donnera des résultats très importants pour le pronostic et le traitement.

Diagnostic différentiel

Occupons-nous, en premier lieu, du diagnostic différentiel avec la tuberculose pulmonaire.

Si les signes cardio-aortiques sont peu marqués, le diagnostic clinique est très difficile sinon même impossible.

Le malade se présente comme un tuberculeux tant par ses signes fonctionnels et généraux que par les signes tirés de l'examen. C'est par l'examen complet du malade tel que nous venons de le décrire que l'esprit

du Médecin pourra s'orienter vers l'idée d'une fausse tuberculose. Il ne pourra poser un diagnostic ferme qu'en s'appuyant sur les résultats fournis : 1° par les examens de crachats; 2° par la réaction de Bordet-Wassermann; 3° par la radiologie.

Ayant éliminé le diagnostic de tuberculose pulmonaire, le problème n'est pas entièrement résolu.

L'anévrisme de l'aorte peut coexister avec une autre affection pulmonaire qu'il faut discuter.

On recherchera la sclérose pulmonaire qui coexiste fréquemment avec l'anévrisme, qui peut en être la conséquence, qui se manifeste par des signes d'auscultation plus ou moins dilfus, par des poussées à type bronchitiques, avec expectoration abondante; souvent enfin par des signes radiologiques particuliers.

Ces malades sont souvent des emphysémateux, à thorax dilaté, avec des espaces intercostaux fortement élargis.

L'anévrisme de l'aorte, accompagné de signes pulmonaires non tuberculeux, ne devra pas être confondu avec toutes les tumeurs à point de départ ganglionnaire (maladie de Hodgkin, lympho-sarcome...) avec un cancer massif du poumon.

L'état général du malade, la dyspnée, les douleurs thoraciques, les crachats sanglants, les signes physiques, l'image radiologique elle-même peuvent prêter à confusion.

C'est surtout sur l'absence de signes cardio-vasculaires, sur l'étude attentive de l'image radioscopique

qui pourra permettre de dissocier la masse pulmonaire de l'image cardio-aortique; sur l'augmentation progressive de cette masse pulmonaire que l'on pourra baser un diagnostic parfois hésitant.

TRAITEMENT

Tout l'intérêt du traitement dépend :

1° de la précocité du diagnostic,

2° de l'état du myocarde.

L'état du myocarde est un point capital (Laubry et Routier).

En effet, pour que le traitement ait une véritable valeur, il faut qu'il soit précoce et intense.

Si le myocarde est touché, le malade ne pourra pas supporter un tel traitement d'où l'intérêt d'un examen clinique et radiologique complet qui pourra montrer l'existence d'une défaillance myocardique.

Nous ne nous arrêterons pas aux anciens traitements classiques (biiodure de mercure, hectine etc) : ce qui se discute encore aujourd'hui ce sont les modalités du vrai traitement d'attaque de la syphilis et nous choisirons entre :

1° le novarsénobenzol, en ne dépassant pas prudemment 0 gr. 50 et en donnant en même temps des toniques cardiaques.

2° le cyanure de mercure intra-veineux alterné ou non avec le bismth.

3° le bismuth et les injections d'huile iodée.

Ce dernier traitement, préconisé par Laubry, aura notre préférence.

CONCLUSION

1° Si l'on peut mettre tout en œuvre pour essayer de dépister précocement la tuberculose pulmonaire, il faut savoir également éviter certaines causes d'erreur qui ont permis de grouper sous le nom de « fausses tuberculoses » les affections les plus variées.

2° Parmi celles-ci, nous pensons qu'il faut faire une place à certains anévrysmes de l'aorte qui ne se manifestent que par des signes d'emprunt.

3° Les signes fonctionnels : toux, expectoration, dyspnée, point de côté, hémoptysies; les signes physiques : submatité, diminution de la respiration, foyer de râles bulbeux localisé à un sommet (particulièrement à gauche); les signes généraux : amaigrissement, asthénie, petites poussées fébriles, peuvent se rencontrer au cours de certains anévrysmes de l'aorte et former un véritable syndrome susceptible d'en imposer pour une tuberculose pulmonaire.

4° C'est par un examen clinique approfondi, portant sur tous les appareils, et sur l'appareil cardio-vasculaire en particulier, par des examens radioscopiques

complets, par des examens de crachats répétés et pratiqués après homogénéisation et complétés, s'il le faut, par une inoculation au cobaye, que l'on pourra établir un diagnostic certain.

Il n'est pas rare, en effet, de voir coexister les deux affections.

5° L'existence même de la tuberculose pulmonaire ne doit pas faire exclure le diagnostic d'anévrysme et négliger l'examen de l'appareil cardio-vasculaire.

6° L'importance de ce diagnostic ne peut échapper, puisque dans le cas d'un anévrysme, le malade pourra bénéficier d'un traitement spécifique et qu'il peut, d'autre part, résulter d'une erreur de diagnostic, des conséquences d'ordre social, comme le fait d'une pension chez des réformés de la guerre, ou d'un séjour en sanatorium.

Vu : Le Doyen,
H. ROGER.

Vu : Le Président,
E. SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Vallois. — Les Anévrysmes de l'aorte thoracique descendante (*Thèse de Paris*, 1884).

Genevrier et Deseomps. — A propos des faux tuberculeux (*Presse médicale* du 6 avril 1927).

Roger-Fernand Vidal (G. H.), Teissier (P. J.). — Nouveau traité de médecine, fascicule XI (Appareil respiratoire).

Laubry (Ch.). — Sémiologie cardio-vasculaire.

Brouardel et Gilbert. — *Traité de médecine et de thérapeutique*. Tome XXIV. (H. Roger et Gouget).

— Maladie du cœur, par H. Vaquez (*Nouveau traité de médecine*, Tome XXIII).

Sergent (Emile). — Tuberculose en général. Tuberculose de l'enfant et de l'adulte. (*Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*), appareil circulatoire, tome II (Anévrysme de l'aorte).

— Questions cliniques d'actualité (Leçons professées à la Charité). La bronchite chronique syphilitique.

— Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire.

— Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	11
Introduction	13
Observations	17
Discussion des Observations	29
Etude clinique	31
Evolution	37
Diagnostic	39
Radiologie	41
Diagnostic différentiel	43
Traitement	46
Conclusion	47
